

I Betriebswirtschaftliche Aspekte

1 Sachkosten im Krankenhaus

1.1 Finanzsituation der Krankenhäuser – Interview mit Georg Baum

Die Reformgesetze und -vorhaben nehmen unweigerlich bedeutsamen Einfluss auf die Finanzsituation der Krankenhäuser. Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation?

Die aktuelle Situation in unseren Krankenhäusern bleibt angespannt. Das Ende 2015 beschlossene Krankenhausstrukturgesetz lässt uns aber optimistischer in die Zukunft schauen. Das Gesetz sieht zahlreiche Verbesserungen in der Betriebskostenfinanzierung vor. Ein Großteil dieser Verbesserungen zielt explizit auf eine Verbesserung der Personalkostenfinanzierung ab. So wird der Versorgungszuschlag ab 2017 in einen Pflegezuschlag umgewandelt, das Pflegestellenprogramm wird neu aufgelegt, bei steigenden Löhnen aufgrund von Tarifabschlüssen oberhalb der geltenden Obergrenze erfolgt eine hälftige Finanzierung durch die Krankenkassen und Mehrkosten, die aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen, können geltend gemacht werden. Von übergeordneter Bedeutung ist zudem der Wegfall der Degression im Landesbasisfallwert. Der Mechanismus, nach dem alle Krankenhäuser niedrigere Preise aufgrund der Leistungsentwicklung einzelner Krankenhäuser erhalten, ist dadurch endgültig abgeschafft. Die Preise für Krankenhausleistungen können sich somit weitestgehend anhand der tatsächlich anfallenden Sach- und Personalkostenanstiege entwickeln. Einziger Wermutstropfen: die Deckelung durch die Obergrenze bleibt bestehen.

Die dargestellten Reformmaßnahmen sind jedoch nur einige Veränderungen durch das Krankenhausstrukturgesetz. Der Strauß an Änderungen reicht von der Weiterentwicklung der Sicherstellungszuschläge über die Einführung von Stufen für die Vorhaltung von Notfallstrukturen bis hin zu zahlreichen qualitätsorientierten Maßnahmen. Dabei sind auch problematische mengenmäßige Abstufungen der Preise sowie Qualitätsabschläge zu nennen. Eine abschließende Beurteilung kann jedoch erst in den nächsten Jahren erfolgen, wenn die geplanten Regelungen in der Selbstverwaltung mit Leben gefüllt wurden und in der Praxis angewendet werden.

Nehmen wir die Reformgesetze und -vorhaben noch etwas genauer unter die Lupe: Der Gesetzgeber initiiert eine deutliche Qualitätsoffensive. Gewährleistet unser System dazu hinreichende Voraussetzungen?

Die Krankenhäuser haben zu jeder Zeit die Intention der Qualitätsoffensive unterstützt. Die Krankenhäuser stellen sich der Debatte um eine stärkere Qualitätsorientierung konstruktiv und selbstbewusst. Zugleich ist es aber auch unsere Aufgabe darauf hinzuweisen, dass die praktische Umsetzbarkeit gegeben sein muss und dass das Verhältnis von Aufwand zu Ertrag stimmt. Ist dies nicht der Fall, wird der Versorgungsqualität durch gut gemeinte, aber schlecht umgesetzte Maßnahmen nicht geholfen. Allen voran die qualitätsorientierten Zu- und Abschläge müssen sich in der Ausgestaltung und der praktischen Umsetzung an den mit ihnen verbundenen Zielen messen lassen. Werden diese Ziele nicht erreicht, muss dieses Experiment wieder beendet werden. Qualitätssicherungsmaßnahmen dürfen zu keinem Zeitpunkt als Instrumente zur Gängelung der Krankenhäuser missbraucht werden.

Grundsätzlich braucht Qualität Ressourcen und zwar in Personal und in Strukturen. Der erste Punkt wird mit dem Krankenhausstrukturgesetz angegangen, der zweite Punkt, die Strukturen, hingegen wurde ausgespart. Eine auskömmliche Investitionsfinanzierung ist der Grundbaustein für moderne, effiziente und effektive Strukturen im Krankenhaus. Aktuell sind die Krankenhäuser aber mit einem jährlichen Finanzierungsdefizit von 3 Mrd. € weit weg von einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung.

Die mit der Vorbereitung der Krankenhausreform beauftragte Bund-Länder-Arbeitsgruppe konnte keine Lösung für diese Investitionsmisere finden. Die Krankenhäuser verstehen das als Signal, dass sich die Länder weiterhin alleine für die Investitionsfinanzierung verantwortlich sehen. Die Länder müssen ihre gesetzliche Aufgabe der Investitionsmittelbereitstellung dann aber auch umfassend wahrnehmen.

Betrachtet man die konkreten Zahlen, so fällt auf, dass die Sachkosten in den letzten Jahren deutlich stärker gestiegen sind als die Personalkosten. Die Daten des Bundesamtes für Statistik zeigen für die deutschen Krankenhäuser im Jahr 2013 einen Sachkostenblock in Höhe von 33 Milliarden Euro – zur Einführung der DRG-Reform waren es noch 21 Milliarden, also knapp 36 % weniger. Wo sehen Sie die wesentlichen Gründe für diesen Anstieg?

Die Ausgabenentwicklung für die Krankenhausleistungen insgesamt verhält sich seit über 10 Jahren absolut unauffällig. Der Anteil der Krankenhausausgaben an allen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen ist seit Einführung der DRGs im Jahr 2004 stabil bei rund 35 %. Die Kosten sind somit im gleichen Maße gestiegen wie bei allen anderen Leistungen im Gesundheitswesen auch.¹

¹ Bundesministerium für Gesundheit, Gesetzliche Krankenversicherung, Rechnungsergebnisse 2004-2014

Der größte Ausgabenblock innerhalb der Sachkosten ist der medizinische Bedarf u. a. Arzneimittel, Implantate, ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial und Instrumente, Laborbedarf. Der medizinische Bedarf korreliert mit einer zunehmenden Patientenanzahl. 2,35 Mio. Patienten mehr wurden 2014 im Vergleich zum Jahr der Einführung der DRGs versorgt, damit geht dann automatisch ein deutlich höherer Verbrauch an medizinischem Bedarf einher. Ein weiterer Grund ist die fortschreitende Technisierung bei Innovationen in der Medizin, aber auch im tagtäglichen Krankenhausalltag in der Verwaltung und auf der Station, die insbesondere zu einem Sachkostenanstieg führen.

Ein Blick auf die Verteilung zwischen Sach- und Personalkosten in Bezug auf die Gesamtkosten zeigt, dass der Anteil der Sachkosten von 34 % auf 39 % gestiegen ist und diese Entwicklung bereits wieder rückläufig ist. In den letzten Jahren ist ein zunehmender Trend zu erkennen, dass der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten wieder steigt.^{2, 3}

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat jahrelang die unsachgerechte Anbindung an die Grundlohnsammenentwicklung kritisiert, als Reaktion darauf gibt es nun den Orientierungswert. Wie beurteilen Sie dieses Instrument in Bezug auf die Abbildung der tatsächlichen Sachkostenentwicklung?

Die Grundlohnsammenanbindung als maximale Obergrenze für den Preiszuwachs auf Landesebene war zu keiner Zeit sachgerecht. Die Entwicklung der Sach- und Personalkosten im Krankenhaus ist vollkommen unabhängig von der Einnahmesituation der Krankenkassen. Grundsätzlich ist es also positiv, dass dieses unzulängliche Instrument durch den Orientierungswert abgeschafft werden sollte. Allerdings bildet der Orientierungswert insbesondere bei den Sachkosten, aber auch beim Personal, die tatsächliche Kostenentwicklung in den Krankenhäusern nicht sachgerecht ab. Das liegt einerseits an der retrospektiven Ermittlung und andererseits daran, dass dem Statistischen Bundesamt keine Preisindizes für einen krankenhausspezifischen Warenkorb vorliegen. So werden z. B. nicht die Zuwächse der krankenhausspezifischen Haftpflichtversicherungsprämien erfasst, sondern die Prämienentwicklung in der privaten Haftpflichtversicherung. Ebenfalls nicht zutreffend erfasst werden die Kostensteigerungen durch die EEG-Umlage, durch die sich die medizinische Versorgung in den Krankenhäusern inzwischen um eine viertel Milliarde Euro verteuert hat. Ebenfalls nicht erfasst werden Personalmehrkosten infolge von Qualitätsanforderungen, weil nur Stundenlohnzuwächse berücksichtigt werden. Die Bundesregierung erkannte die Unzulänglichkeiten des Orientierungswertes und sah daher von einer alleinigen Anwendung ab. Weiter gilt: Liegt der Orientierungswert unterhalb der Grundlohnrate, so ist die Grundlohnrate die maßgebliche Obergrenze, liegt der Orientierungswert darüber, bildet die Differenz einen Verhandlungsspiel-

2 Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Jahrgang 2004-2014

3 Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, Jahrgang 2004-2014

raum für die Selbstverwaltungspartner. Diese Regelung gilt bis einschließlich 2017 und soll für 2018 überprüft werden.

Zu guter Letzt möchten wir einen Blick in die Zukunft wagen: Auf der »Inside 3D Printing«-Konferenz in New York haben Wissenschaftler der Princeton University und der John Hopkins University Anfang des Jahres über die Möglichkeiten »gedruckter Organe« diskutiert – eine Vision, die wohl in ferner Zukunft Realität werden könnte. Wie können wir uns denn die nähere Zukunft der medizinisch-technischen Ausstattung in Krankenhäusern vorstellen?

Die Krankenhäuser sind der Innovationsmotor im Gesundheitswesen. Solange der Verbotsvorbehalt für Innovationen mit Augenmaß und nur bei berechtigten Zweifeln gehandhabt wird, bleiben die Krankenhäuser die Eintrittspforte für den medizinischen Fortschritt. Sollten sich allerdings die innovationsbremsenden Akteure mit Forderungen nach höchsten Nachweisen für jede Weiterentwicklung in der Medizin durchsetzen, läuft der medizinische Fortschritt Gefahr, im ÜberprüfungsHürdenlauf stecken zu bleiben. Hier ist die weitere Entwicklung schwer zur prognostizieren. Wenn »gedruckte Organe« problemlos funktionieren können, sollte es keine administrativen Hemmnisse geben.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung. *Rechnungsergebnisse 2004–2014*.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser. *Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Jahrgang 2004–2014*.
- Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser. *Fachserie 12, Reihe 6.3, Jahrgang 2004–2014*

1.2 Krankenhausstudie – Signifikante Einsparpotenziale bei Sachkosten

Jan-Christoph Kischkewitz

1.2.1 Zehn Jahre DRG-System: Weniger Betten, höhere Kosten

Mit der Einführung des DRG-Systems für stationäre Leistungen im Jahr 2004 versuchten der Gesetzgeber und die damaligen Selbstverwaltungsorgane vermutete Ineffizienzen in der Krankenversorgung zu eliminieren. Vermeintliche Über-

kapazitäten sollten abgebaut und Behandlungszeiträume (vor allem die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten) signifikant gekürzt werden, um gleichzeitig eine Begrenzung der Kostensteigerungen im stationären Bereich zu erzielen. Ein Blick auf die wesentlichen Kennzahlen der deutschen Krankenhausversorgung zeigt hier auf den ersten Blick einen Erfolg der Reform. Viele Parameter haben sich in den letzten Jahren in die postulierte und gewünschte Richtung entwickelt – auch wenn dieser Trend sich bereits seit Mitte der 1990er Jahre nachweisen lässt. Vermeintliche Überkapazitäten wurden abgebaut und der Bettenbestand der stationären Versorgung seit 1994 von mehr als 609 000 auf zuletzt (2013) knapp 500 000 gesenkt. Ebenso wurde die durchschnittliche Verweildauer reduziert: Sie beläuft sich in 2013 auf 7,5 Tage – im Jahr 1995 waren es durchschnittlich noch 11,4 Tage. Verbunden mit einem gleichzeitigen Anstieg der Fallzahlen um über 11 % von 16,8 (2004) auf 18,8 Millionen im Jahr 2013 zeigt sich⁴ eine tatsächliche Leistungssteigerung der Leistungserbringer in der stationären Versorgung.

Gleichzeitig befinden sich die deutschen Krankenhäuser aber in einer finanziell schlechten Situation: Über 40 % der Kliniken schreiben nach einer aktuellen⁵ Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts rote Zahlen, der Ausblick ist ebenfalls schlecht. 85 % erwarten nach einer Umfrage aus dem Jahr 2014 keine Verbesserung der Ertragslage in den nächsten zwei Jahren.⁶ Besonders schwer betroffen sind augenscheinlich die deutschen Universitätskliniken, die als Maximalversorger mit zusätzlichem Forschungs- und Lehrauftrag eine besondere Stellung in der deutschen Krankenhauslandschaft einnehmen. Das Defizit der 33 deutschen Unikliniken summierte sich im Jahr 2013 entsprechend auf 160 Millionen Euro, ohne dass kurzfristig Verbesserungen zu erwarten sind.

Mit dem Ziel, die Gründe für die offensichtliche finanzielle Schieflage deutscher Kliniken zu eruieren, wurden im Rahmen einer groß angelegten internationalen Vergleichsstudie⁷ die Geschäftsberichte der letzten Jahre von 180 Krankenhäusern in Deutschland und über 160 Krankenhäusern in Großbritannien analysiert. Im Mittelpunkt standen hierbei die Vorratspositionen aus den Bilanzen sowie die Materialaufwendungen, die im Rahmen der Gewinn- und Verlustrechnung durch die Häuser ausgewiesen wurden.⁸

Ein erstes Kernergebnis zeigt sich hierbei bei einer Makro-Betrachtung des Themas Kosten der Krankenhäuser. Die Sachkosten der Krankenhäuser stiegen in den letzten Jahren deutlich stärker als die Personalkosten. Die Daten des Bundesamtes für Statistik zeigen für die deutschen Krankenhäuser im Jahr 2013 einen Sachkostenblock in Höhe von 33 Milliarden Euro – zur Einführung

4 Neben einem veränderten Entlassmanagement, auf das hier nicht eingegangen wird.

5 Stand: Oktober 2015

6 INVERTO AG Krankenhaus Desk Research (2014)

7 INVERTO AG Krankenhaus Desk Research (2014)

8 Obgleich an dieser Stelle nicht über die Qualität der Gesundheitsversorgung zu diskutieren ist, so sei dennoch angemerkt, dass internationale Vergleichsstudien hier in Teilen ein deutlich differenzierteres Bild zeigen, z. B. in Bezug auf die Sterblichkeitsraten bei Myokardinfarkten, die Schlaganfall-Versorgung oder die Rate der implantierten Endoprothesen im Vergleich zu anderen Industrienationen.

der auch als Kostendämpfungsmaßnahme gedachten DRG-Reform waren es noch 21 Milliarden, also knapp 36 % weniger. Verschärft wird diese Entwicklung durch die Tatsache, dass die Gesamtkosten der Kliniken trotz eines signifikanten Personalabbaus in den Jahren nach der DRG-Einführung, insbesondere im pflegerischen Bereich, stetig steigen.

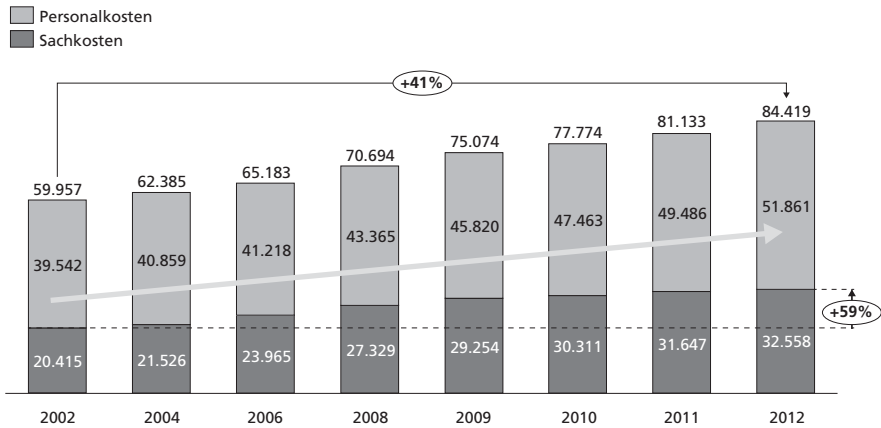


Abb. 1.1: Kosten der deutschen Krankenhäuser (ohne Zinsen/Steuern) in m €

Die Gründe für den Anstieg der Sachkosten sind hingegen vielfältig. So führt nicht nur der demographische Wandel zu einem erhöhten Patientenaufkommen, was auch durch die oben bereits erwähnten Anstiege der Fallzahlen belegt wird. Vielmehr kommt es erschwerend zu einem höheren Materialaufwand durch operative Eingriffe im Speziellen bzw. durch die Alterung des Patientenstammes im Allgemeinen. Betrug der Altersdurchschnitt von herzchirurgischen Patienten im Jahr 1990 noch 55,8 Jahre, lag er 2009 bereits bei 68,8 Jahren. Nicht nur der demographische Wandel bedingt diesen Trend – vielmehr führen schonendere Behandlungs- und Narkosetechniken zu einem reduzierten Eingriffsrisiko. Der personelle, aber auch materielle Aufwand für diese häufig multimorbiden Fälle trägt seinen Teil zu den gestiegenen Kosten bei. Die nach der DRG-Einführung zu beobachtende Mengenausweitung in bestimmten Disziplinen, z. B. in der Endoprothetik, begünstigt im europäischen Vergleich ebenfalls den Sachkostenanstieg. Ohne diese Mengenausweitungen zu berücksichtigen, sind darüber hinaus teils enorme technische und medizinische Innovationen,⁹ vor allem im Bereich der Implantate (zum Beispiel TAVI Herzklappen, bioresorbierbare Stents u. ä. Entwicklungen der letzten Jahre), Grund für einen stetig steigenden Materialkostenanteil in operativen Eingriffen.

Neben dieser allgemeinen Betrachtung wurden im Rahmen der Studie die Geschäftsberichte der Kliniken im Detail analysiert, um eine differenziertere Be-

9 ► Kap. 3.3, Teil I in diesem Buch.

trachtung der krankenhausesindividuellen Strukturen zu berücksichtigen. Gibt es im Rahmen der beschriebenen Sachkostensteigerungen Unterschiede, auf deren Basis sich allgemeingültige Maßnahmen und Empfehlungen ableiten lassen?

1.2.2 Sachkostenentwicklung unter der Lupe: Was passiert in den Kliniken?

Die genaue Betrachtung der Materialkostenentwicklung auf Klinikebene¹⁰ zeigt zwei interessante Ergebnisse: Es wird deutlich, dass die Größe, hier durch die Anzahl der Betten erfasst, in einer Korrelation zur Steigerung der Sachkosten steht. Die Sachkosten sind bei Krankenhäusern mit mehr als 1000 Betten in den Jahren 2009–2012 um 24 % gestiegen. Eine Steigerung, die deutlich über dem Durchschnitt von kleineren und mittleren Häusern liegt.

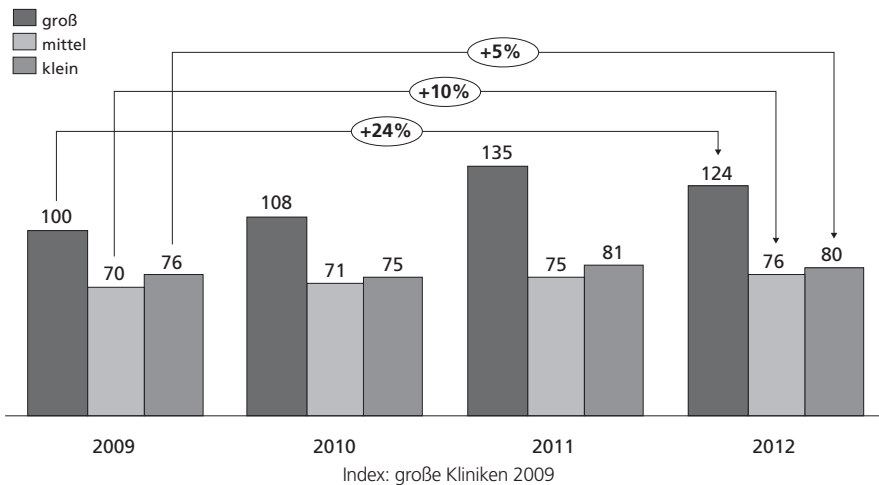


Abb. 1.2: Materialkosten pro Bett nach Größe – Index: große Krankenhäuser 2009

Eine mögliche Ursache liegt in der Versorgungsstufe. Krankenhäuser mit einer hohen Bettenzahl decken häufig eine höhere Versorgungsstufe, also z. B. Maximalversorgung, ab oder sind sogar zusätzlich universitäre Einrichtungen. Hier ist zum einen die grundsätzliche Kostenbasis pro Bett höher als in kleineren Häusern, was durch zusätzliche »Versorgungsaufträge« wie dem Betrieb von Forschung, Lehre und kostenintensivere Behandlungsfälle verursacht wird. Die Steigerung dieser Rate ist dadurch aber nur zum Teil zu erklären. Vielmehr

¹⁰ Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Zahlen im Folgenden auf das Jahr 2009 indiziert (entspricht 100). Betrachtet wurden hierbei die Materialaufwandspositionen der Krankenhäuser in den veröffentlichten Gewinn- und Verlustrechnungen für die Jahre 2009–2012.

wird zum anderen offensichtlich, dass es gerade diese großen und komplexen Einzelhäuser sind, in denen Optimierungsprozesse auf Sachkostenbasis nur schwer umzusetzen sind. Klassische Maßnahmen, wie eine interne Standardisierung des Artikelsortiments,¹¹ werden häufig durch starke Partikularinteressen von Anwendern erschwert und eine Durchsetzung scheitert aufgrund einer nicht ausreichend stark positionierten Einkaufsabteilung.

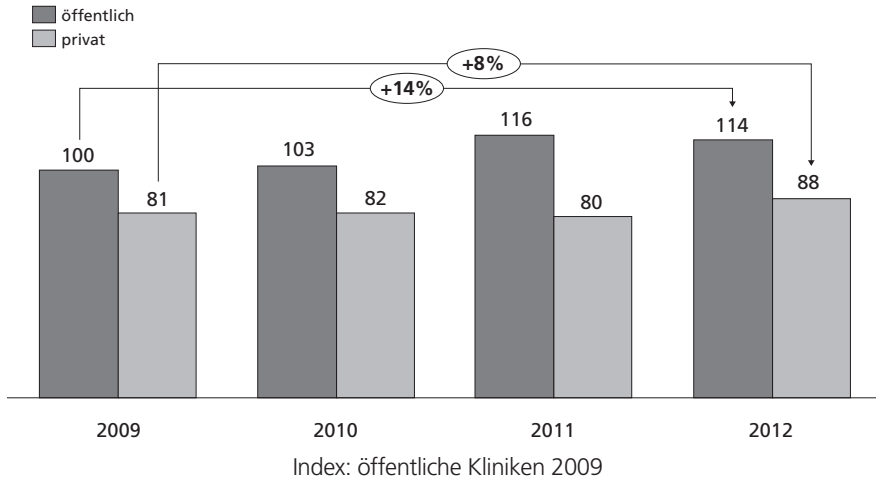


Abb. 1:3: Materialkostenentwicklung nach Trägerschaft)

Die Betrachtung der Trägerschaft ergibt einen weiteren spannenden Aspekt: Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft erfuhren im direkten Vergleich zu privatwirtschaftlich geführten Häusern eine fast doppelt so hohe Steigerung der Sachkosten im Zeitraum von 2009–2012. Die Praxis zeigt, dass die bereits oben erwähnten klinikübergreifenden Standardisierungen und die damit verbundenen Kostenvorteile deutlich konsequenter und erfolgreicher umgesetzt werden, als es bei öffentlichen Häusern vielfach der Fall ist. Spezielle Integrationsmaßnahmen bei der Erweiterung der Klinikette durch Zukäufe erleichtern die Umstellung auf einen sogenannten »Hauskatalog«, in dem die Standardlieferanten und Materialien für den medizinischen und nicht-medizinischen Sachbedarf weitestgehend vorgegeben sind. Auch hier ist gleichzeitig die Versorgungsstufe zu berücksichtigen: Nur eine kleine Zahl der deutschen Maximalversorger und Universitätskliniken befindet sich in einem derartigen Konstrukt in privater Trägerschaft. Die vorhandenen Fälle zeigen bei näherer Betrachtung, dass auch private Träger in derartigen Fällen vor ähnlichen Herausforderungen stehen wie öffentliche oder konfessionelle Betreiber.

Nichtsdestotrotz bleibt die Erkenntnis, dass es offensichtlich große Unterschiede im Umgang mit Sachkosten und den damit verbundenen Kostensen-

11 ► Kap. 2, Teil I in diesem Buch.